

Felipe Ulhôa Biasi

**MODOS DE ESQUEMAS EM PACIENTES BARIÁTRICOS: UM ESTUDO COM O
INVENTÁRIO DE MODOS DE ESQUEMAS (SMI)**

Uberlândia

2021

Felipe Ulhôa Biasi

**MODOS DE ESQUEMAS EM PACIENTES BARIÁTRICOS: UM ESTUDO COM O
INVENTÁRIO DE MODOS DE ESQUEMAS (SMI)**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao
Instituto de Psicologia da Universidade Federal de
Uberlândia, como requisito parcial para a obtenção do
Título de Bacharel em Psicologia

Orientador: Renata Ferrarez Fernandes Lopes

Uberlândia

2021

Felipe Ulhôa Biasi

**MODOS DE ESQUEMAS EM PACIENTES BARIÁTRICOS: UM ESTUDO
COM O INVENTÁRIO DE MODOS DE ESQUEMAS (SMI)**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Instituto de Psicologia da
Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial para a obtenção do Título
de Bacharel em Psicologia

Orientador: Renata Ferrarez Fernandes Lopes

Banca Examinadora

Uberlândia, 29 de Outubro de 2021

Profª. Dra. Renata Ferrarez Fernandes Lopes (Orientadora)
Universidade Federal de Uberlândia - Uberlândia MG

Prof. Dr. Ederaldo José Lopes (Examinador)
Universidade Federal de Uberlândia - Uberlândia MG

Prof. Dr. Joaquim Carlos Rossini (Examinador)
Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia MG

Uberlândia

2021

Resumo

Esta pesquisa do tipo exploratória consistiu em identificar Modos de Esquemas de 10 participantes pré-bariátricos. Para isso foi aplicado uma entrevista estruturada para coleta das seguintes informações: sexo, peso, idade, estado civil, escolaridade e renda familiar. Depois os participantes responderam ao Inventário de Modos de Esquemas (SMI), um questionário composto por 118 questões. As respostas dos participantes foram submetidas às análises estatísticas do tipo não-paramétricas, devido ao tamanho reduzido da amostra. As estatísticas empregadas neste estudo foram: estatística descritiva e teste Mann Whitney. A partir do teste Mann Whitney observou-se dois subgrupos nesta amostra $p < 0,005$. Apesar desse dado, considerando o tamanho da amostra, para todas as análises correlacionais estabeleceu-se o cálculo do coeficiente de Spearman. O SMI indicou correlações significativas entre o IMC e os modos: Criança Impulsiva (0,584); Criança Indisciplinada (0,779); Criança Enfurecida (0,595); Modo de Enfrentamento Protetor Auto-aliviador (0,455) e Modo Pai Punitivo (0,339) com ($p < 0,005$). No SMI os participantes apresentaram escores médios maiores nos modos saudáveis (criança feliz: 4,88 e adulto saudável: 4,17) seguidos de protetor autoaliviador: 3,07 e pai/mãe exigente: 3,67. Concluiu-se que o comportamento impulsivo e compulsivo, como estados psíquicos, regulam ou desregulam a manutenção do peso e da massa corporal, pois quanto maior a impulsividade/compulsividade maior a massa corporal. O modo ativado mais prejudicial para a saúde mental dos pacientes pré-bariátricos identificado na pesquisa foi o modo pai/mãe exigente. Os dados da pesquisa apontam para a necessidade de intervir para a desativação dos modos críticos em pacientes bariátricos, como forma de promover saúde mental, qualidade de vida e adesão ao tratamento.

Palavras chaves: modos de esquema, pacientes bariátricos, SMI .

Abstract

This exploratory research consisted of identifying Schema Modes of 10 pre-bariatric participants. For this, a structured interview was applied to collect the following information: gender, weight, age, marital status, education and family income. Afterwards, the participants answered the Schema Mode Inventory (SMI), a questionnaire consisting of 118 questions. Participants' responses were submitted to non-parametric statistical analyses, due to the small sample size. The statistics used in this study were: descriptive statistics and Mann Witney test. From the Mann Witney test, it was observed that two subgroups in this sample were $p < 0.005$. Despite this data, considering the sample size, for all correlational analyzes the calculation of the Spearman coefficient was established. The SMI indicated significant correlations between BMI and modes: Impulsive Child (0.584); Undisciplined Child (0.779); Enraged Child (0.595); Self-Relieving Protective Coping Mode (0.455) and Punitive Parent Mode (0.339) with ($p < 0.005$). In SMI, participants had higher mean scores in healthy modes (happy child: 4.88 and healthy adult: 4.17) followed by self-relieving protector: 3.07 and demanding father/mother: 3.67. It was concluded that impulsive and compulsive behavior, such as psychic states, regulate or deregulate the maintenance of weight and body mass, as the greater the impulsivity/compulsiveness, the greater the body mass. The most harmful activated mode for the mental health of pre-bariatric patients identified in the survey was the demanding father/mother mode. The survey data point to the need to intervene for the deactivation of critical modes in bariatric patients, as a way to promote mental health, quality of life and treatment adherence

Keywords: schema modes, bariatric patients, SMI..

Sumário

Introdução	6
Método	10
Resultados	12
Discussão	30
Conclusão.....	34
Referências.....	36

Introdução

Organização Mundial da Saúde (OMS) (2011) definiu obesidade e sobrepeso como “anormal ou excessivo acúmulo de gordura corporal, que pode prejudicar a saúde.” Para se chegar a esta definição, utiliza-se o cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC), que é calculado de acordo com a seguinte fórmula: Massa (kg) dividida pela altura (m) ao quadrado, logo: $IMC = kg/m^2$. Determina-se obesidade quando o IMC for maior ou igual a 30 ($IMC \geq 30$). Este costuma ser um padrão consensual para se definir obesidade.

Quanto a sua etiologia, é reconhecido que a obesidade se dá, basicamente, por um desequilíbrio energético entre calorias ingeridas e calorias gastas (OMS, 2011), no qual existe um saldo positivo para a ingestão, em relação às calorias gastas. Fatores ambientais e biológicos vêm sendo identificados na predisposição dos indivíduos a se tornarem obesos. Caetano, Carvalho e Galindo (2005) afirmam que a obesidade é uma síndrome multifatorial envolvendo fatores ligados à genética, ao metabolismo e ao ambiente. Xavier, Silva, Mendes e Neufeld (2010) consideram que fatores psicológicos, socioculturais, genéticos e fisiológicos também devem ser levados em conta para se avaliar a etiologia e manutenção do fenômeno da obesidade.

A obesidade é classificada em níveis, conforme sua gravidade: obesidade grau I, quando o IMC está entre 30 e 34,9kg/m²; obesidade grau II, quando o IMC está entre 35 e 39,9kg/m²; e obesidade grau III (ou obesidade mórbida) quando o IMC está igual ou acima de 40 kg/m² (OMS, 2011) A cirurgia bariátrica é um procedimento cirúrgico indicado aos pacientes com obesidade grau III (IMC>40 kg) e/ou grau II (IMC entre 35 - 39,9 kg) com comorbidades, idade entre 18 e 65 anos (Brasil, 2013), em que os outros métodos de tratamentos de perda de peso foram ineficazes (Fandiño, Benchimol, Coutinho, & Appolinário, 2004).

No Brasil, as realizações de cirurgias bariátricas iniciaram em 1974 e na década de 1990 surgiram os primeiros serviços especializados na área. Atualmente, o Brasil é o segundo país do mundo com o maior número de cirurgias bariátricas realizadas, com aproximadamente 90 a 95 mil cirurgias por ano (Ramos, 2016).

A obesidade vem sendo estudada pelas terapias cognitivo comportamentais, dentre elas podemos destacar a Terapia do Esquema (TE). De acordo o fundador da TE, psicólogo norte americano Jeffrey Young, A TE enfatiza um nível mais aprofundado de cognição denominado Esquema Inicial Desadaptativo (EID). Os EIDs são estruturas rígidas que se desenvolvem e se cristalizam precocemente compondo a personalidade durante a vida do sujeito que podem ser associadas a diversas psicopatologias. Caracterizam-se como padrões emocionais e cognitivos desadaptativos, que tendem a se repetir ao longo da vida, influenciando e interferindo, a forma como a pessoa percebe a si mesmo, os outros, e a maneira como se relaciona com o mundo à sua volta (Cazassa & Oliveira, 2008).

Eventos traumáticos e o não atendimento de necessidades básicas como segurança, orientação e carinho podem ser a fonte dos EIDs que impedem que os indivíduos conquistem metas pretendidas e construam relacionamentos saudáveis e duradouros. Young et al. (2008) identificou 18 EIDs que são agrupados em cinco domínios, relacionados às cinco necessidades fundamentais na infância: I) necessidades de vínculos seguros; II) senso de autonomia e de competência; III) limites realistas e de autocontrole; IV) liberdade de expressão; V) espontaneidade e lazer. Assim, cada demanda emocional que não foi satisfeita nas fases do desenvolvimento infantil ou na adolescência poderá originar um determinado domínio esquemático desadaptado. Os EIDs são agrupados em seus Domínios da seguinte forma: Domínio I – Desconexão e Rejeição: privação emocional, abandono, desconfiança/abuso, isolamento/alienação e defectividade/vergonha ; Domínio II Autonomia e Desempenho Prejudicados: fracasso, dependência/incompetência, vulnerabilidade ao dano e doença e

emaranhamento; Domínio III – Limites prejudicados: grandiosidade/arrogo e autocontrole/autodisciplina insuficientes; Domínio IV – Direcionamento para o outro: subjugação, autossacrifício e a busca de aprovação/busca de reconhecimento; e Domínio V – Supervigilância e Inibição: inibição emocional; padrões inflexíveis; negativismo/pessimismo e uma postura punitiva.

Segundo Young, et al (2008) os EIDs podem ser agrupados em Modos de Esquemas. Os Modos de Esquema são lados/ estados emocionais e respostas de enfrentamento que a pessoa vivencia momento a momento, indicando sua forma de funcionamento frente as demandas imediatas do ambiente. Os Modos de Esquemas podem ser divididos em: Modos Criança; Modos Pais Disfuncionais; Modos de Enfrentamento e Modos Saudáveis. Os Modos Criança são inatos, logo todas as crianças podem manifestá-los na infância (Young et al., 2008). Jacob, Genderen e Seebauer (2011) apontam que os Modos Criança são uma forma de percepção do ambiente e dos indivíduos ao redor pela noção de uma criança. As crianças costumam possuir maiores dificuldades em adotar a perspectiva de outras pessoas quando experimentam fortes emoções, desta forma, um adulto que possui este modo hiper desenvolvido pode experimentar sentimentos muito semelhantes a elas, assim distorcendo a realidade.

Cada modo criança possui particularidades que o define, por exemplo, no Modo Criança Vulnerável manifestam-se esquemas de abandono, abuso, privação e rejeição. Já no Modo Criança Zangada, a raiva é consequência das necessidades emocionais não atendidas. Os modos então se manifestam conforme as experiências do indivíduo, assim são expressados de acordo com o estado em que este se encontra no momento atual (Lopes, 2015). Os Modos Criança são então: Modo Criança Vulnerável, Modo Criança Zangada, Modo Criança Impulsiva, Modo Criança Indisciplinada, Modo Criança Enfurecida, Modo Criança Feliz.

Os Modos de Enfrentamento Disfuncional (Capitulador Complacente, Protetor Desligado e Protetor Autoaliviador) correspondem a dois estilos de enfrentamento: de resignação e evitação (Lopes, 2015; Young et al., 2008). Já os Modos Hipercompensador, que são os Modos Intimidação e Ataque e Hipercompensador, correspondem ao estilo de enfrentamento envolvendo luta e resitência (Lopes, 2015; Young et al., 2008).

Em relação à categoria Modos Pais Disfuncionais, o sujeito assemelha-se ao pai ou à mãe internalizados (Lopes, 2015; Young et al., 2008). Os Modos Pais Disfuncionais são: Pai/Mãe Punitivo e Pai/Mãe Exigente. Por fim, o último modo é caracterizado como Adulto Saudável, que é aquele buscado pela terapia. Assim, o paciente busca sempre fortalecer seu Modo Adulto Saudável para administrar e a conviver de uma forma mais adaptativa com os modos disfuncionais. (Lopes, 2015; Young et al., 2008).

Luz e colaboradores (2017) desenvolveram um estudo cujo foco foi analisar os EIDs de pessoas não obesas e os de pessoas com obesidade mórbida. Os resultados indicaram que o grupo de pessoas com obesidade mórbida apresentou índices elevados de pontuação no esquema de autocontrole/autodisciplina insuficientes, quando comparado ao grupo de indivíduos não obesos. Tal resultado indica crenças de controle insuficientes sobre emoções e impulsos e de baixa capacidade para lidar com o tédio, frustração e finalizar tarefas. Destaca-se que, teóricamente, o modo protetor autoaliviador também está associado a problemas ligados ao controle insuficiente de impulsos e emoções. Entretanto, não foi possível encontrar na literatura até o momento um estudo sobre Modos de Esquemas e pacientes bariátricos.

Um estudo australiano comparando pacientes bariátricas com mulheres com peso normal indicou um aumento em esquemas desadaptativos iniciais de autocontrole e insuficientes em pacientes bariátricos (Luz, et al, 2017). Tal achado aponta, teóricamente, uma vez que não se estudou diretamente a participação de modos de esquemas, para a ativação de modos esquemáticos do tipo criança impulsiva e protetor autoaliviador, pois os EIDs

encontrados na pesquisa, são comuns à esses modos. Resultados semelhantes foram encontrados por Fereidouni et al (2015) e Imperatori et al (2017).

Mesmo com diversas evidências recorrentes indicando a relação entre pacientes bariátricos e aumento de esquemas desadaptativos, não encontramos estudos brasileiros avaliando modos de esquemas em pacientes bariátricos. Portanto, esta pesquisa, embora tenha um caráter exploratório mostra-se de grande relevância e pode abrir uma frente de pesquisa em TE nessa população.

Método

Participantes

A pesquisa foi realizada com amostragem por conveniência. A amostra foi formada por 10 participantes com indicação para cirurgia bariátrica (pacientes pré bariátricos), entre 20 e 60 anos de idade, que eram acompanhadas por equipe multidisciplinar no ambulatório Cirurgia Bariátrica do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia.

Material

Os materiais utilizados para a entrevista inicial foram um modelo de entrevista estruturada para coleta dos dados, padronizado para todos os participantes do estudo solicitando-se os seguintes dados: sexo, peso, idade, estado civil, escolaridade e renda familiar. Utilizou-se ainda, o Inventário de Modos de Esquema (SMI) - versão reduzida.

O SMI- versão reduzida foi desenvolvido por Lobbestael et al. (2010), e é composto por 118 questões que avaliam 14 modos de esquema: modo criança vulnerável; modo criança zangada; modo criança impulsiva; modo criança indisciplinada; criança enfurecida; modo criança feliz; modo capitulador complacente; modo protetor desligado; modo auto- aliviador;

modo de auto engrandecimento; modo provocativo ou de ataque; modo pais punitivos; modo pais exigentes e modo adulto saudável.

Cada item do SMI representa um Modo de Esquema e o participante deve responder qual a frequência da ocorrência das afirmativas na vida dele através de uma escala Likert de 1 (Nunca ou quase nunca); 2 (raramente); 3 (ocasionalmente); 4 (frequentemente); 5 (quase sempre) e 6 (Sempre). Após respondido, a correção é feita tendo como base a média obtida, assim as pontuações mais altas refletem uma elevada frequência de ativação de um dos Modos de Esquem, em específico. São exemplos de afirmativas do SMI: “Sinto-me deixado (a) de fora ou excluído (a)”; “Sou frio (a) e insensível em relação a outras pessoas”; “Tenho raiva de mim mesmo”; “Sinto que eu sou basicamente uma boa pessoa”.

Procedimentos

Mediante autorização dos responsáveis pelos setores do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia (IP-UFU), do Ambulatório de cirurgia bariátrica do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia HC-UFU e do Comitê de Ética em Pesquisa da UFU (CEP/UFU) foi iniciada a pesquisa, com local, datas e horários previamente agendados e acordados com os participantes que foram convidados a participar da pesquisa pelos profissionais do setor no Ambulatório de Cirurgia Bariátrica. O local onde a pesquisa foi realizada foi uma sala disponibilizada pelo setor (Ambulatório Cirurgia Bariátrica do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia).

Os participantes foram devidamente informados sobre o propósito do estudo; eles tiveram o tempo de 10 dias para decidir se queriam participar da pesquisa, conforme item IV da Resolução CNS 466/12 ou Cap. III da Resolução 510/2016. Aqueles que apresentaram o

interesse em fazer parte da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que foi apresentado pela equipe de pesquisadores.

Resultados

Após a aplicação do SMI e do questionário, os dados foram organizados no programa estatístico SPSS18 e receberam os tratamentos estatísticos adequados aos objetivos do estudo. Com a finalidade de facilitar a leitura e compreensão nessa sessão apresentaremos os principais resultados desta pesquisa separadamente. Primeiramente é apresentada a análise da amostra contendo dados gerais de cada participante do estudo, seguido por estudos correlacionais entre a pontuação dos participantes no SMI e seus respectivos IMCs, análises das subescalas do SMI em relação as médias dos modos de esquemas dos participantes bem como os resultados qualitativos obtidos através da entrevista.

Análise da amostra

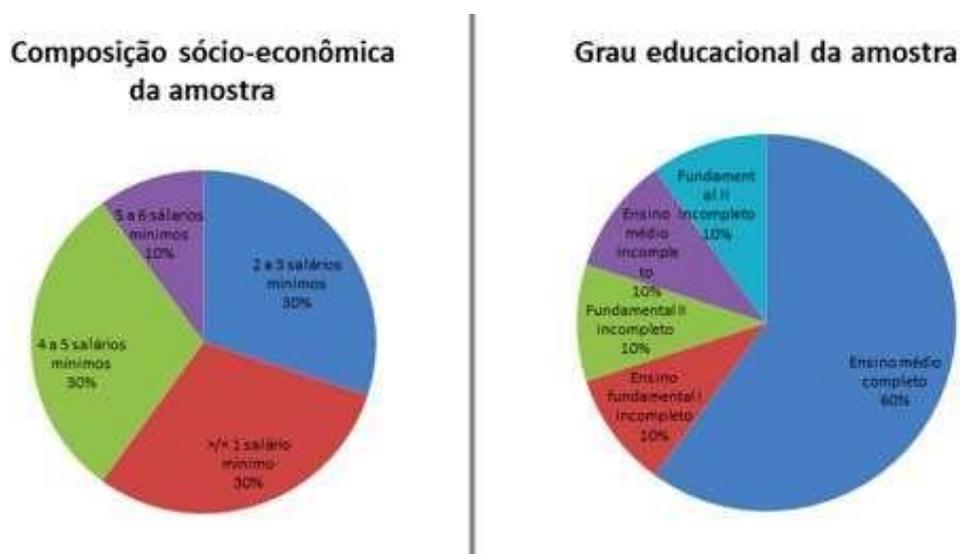
Pode-se observar na Tabela 1 e na Figura 1 logo abaixo, a composição sócio econômica da amostra, grau de instrução, ocupação profissional, número de filhos, estado civil, e idade de início da obesidade de cada um dos indivíduos. Destaca-se que a amostra se distribui em 3 grupos quanto a composição sócio econômica de forma homogênea e apenas 10 % da amostra tem renda mensal acima de 6 salários mínimos. A maioria da amostra (60%) possui ensino médio completo.

Tabela 1*Dados gerais da amostra*

Sexo	Estado civil	Número de filhos	Profissão	Idade	Escolaridade	Renda familiar	Idade início da obesidade
M	solteiro	0 filhos	Aposentado	55 anos	Ensino médio completo	2 a 3 salários mínimos	35
M	solteiro	0 filhos	Desempregado	44 anos	Ensino médio completo	2 a 3 salários mínimos	18
M	solteiro	0 filhos	Aposentado	50 anos	Ensino médio completo	>= 1 salário mínimo	22
F	casada	2 filhos	Dona do lar	40 anos	Ensino médio completo	>= 1 salário mínimo	20
F	casada	1 filho	Diarista	48 anos	Ensino fundamental I incompleto	4 a 5 salários mínimos	33
F	casada	2 filhos	Doméstica	44 anos	Fundamental I II incompleto	5 a 6 salários mínimos	13
F	solteira	0 filhos	Estudante	21 anos	Ensino médio incompleto	>= 1 salário mínimo	10
F	solteira	0 filhos	Aposentado	65 anos	Ensino médio completo	4 a 5 salários mínimos	40
F	casada	3 filhos	Desempregado	40 anos	Fundamental I II incompleto	2 a 3 salários mínimos	14

Figura 1

Composição sócio-econômica da amostra e grau instrucional da amostra



Na Tabela 2 e na Figura 2 observam-se as médias tanto de peso mínimo, máximo, e atual, assim como o índice de massa corporal da amostra. Note-se que, a média do peso mínimo geral é de 92,2 Kg, a média do peso máximo geral 146,05 Kg, a média do peso atual geral 127,30 KG e a média de índice de massa corporal (IMC) geral 48,01Kg/m². Observa-se também que mulheres tem peso mínimo médio maior, homens tem peso máximo médio maior e mulheres tem IMC médio maior.

Tabela 2

Peso mínimo, máximo, atual, IMC individual e médio da amostra

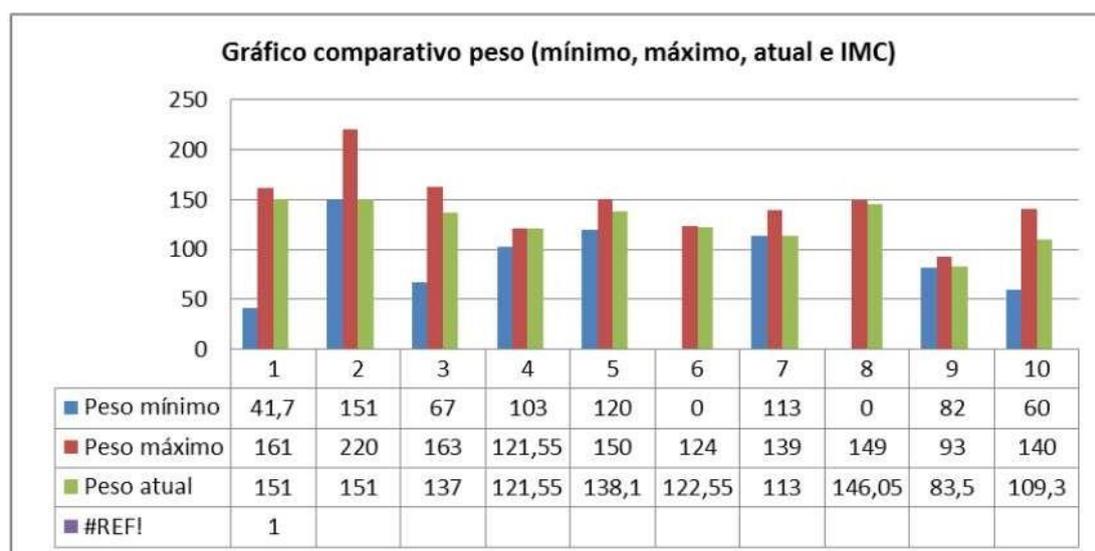
Sexo	Peso mínimo	Peso máximo	Peso atual	IMC
Masculino	41,7 kg	161 kg	151 kg	53.5 kg/m ²
Masculino	151 kg	220 kg	151 kg	47.1 kg/m ²
Masculino	67 kg	163 kg	137 kg	50.3 kg/m ²
Masculino	103 kg	121,55 kg	121,55 kg	37.1 kg/m ²
Feminino	120 kg	150 kg	138,10 kg	53.9 kg/m ²
Feminino	-	124 kg	122,55 kg	50.4 kg/m ²

Feminino	113 kg	139 kg	113 kg	41.5 kg/m ²
Feminino	-	149 kg	146,05 kg	69.5 kg/m ²
Feminino	82 kg	93 kg	83,50 kg	38.1 kg/m ²
Feminino	60 kg	140 kg	109,30 kg	38.7 kg/m ²
Média Masculina	90,675 kg	166,3875 kg	140,1375 kg	47 kg/m ²
Média Feminina	93,75 kg	132,5 kg	118,75 kg	48.6 kg/m ²
Média Geral	92,2125 kg	146,055 kg	127,305 kg	48.01 kg/m ²

Fonte: Laboratório de Psicologia Experimental IPUFU.

Figura 2

Gráfico comparativo entre pesos mínimo, máximo e mínimo e IMC (N=10)

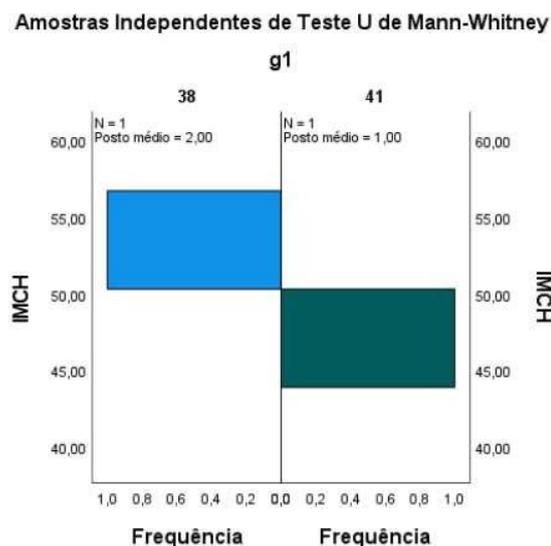


A análise da amostra, com base no teste de Mann-Whitney indica que a mesma é composta por 2 subgrupos ($U=0,317$; $p<0,0001$) um com $IMC>50$ ($N=5$) e outro com $IMC<50$ ($N=5$). Chama atenção que os pacientes com idade precoce do início da obesidade, nesta amostra, estão no grupo de $IMC<50$ ($N=3$). No entanto, destaca-se que a participante com início de obesidade mais precoce (10 anos) está no grupo de $IMC>50$ e possui o maior IMC

atual=69,5, conforme observa-se na Tabela 1 e na Figura 1. A Figura 2 apresenta a divisão da amostra segundo o IMC.

Figura 3

Diferenças (subgrupos) na amostra, com base no IMC (N=10)



Estudos correlacionais

Em função do número de participantes da pesquisa, optou-se por um estudo correlacional com toda a amostra. Para todas as análises estabeleceu-se o cálculo de correlações de Spearman. Na sequência apresentaremos os principais estudos correlacionais realizados nesta amostra. Estes resultados estão apresentados na Tabela 3.

Tabela 3

Correlações entre fatores estudados nessa pesquisa. Os itens com () foram significativos com $p < 0,005$.*

Fatores para correlação	Valor
IMC/Idade	0,560*
IMC /idade de início da obesidade	0,102*
IMC/escolaridade	0,385*
IMC/ Salário	0,663*
Peso atual/Idade	0,450*
Peso atual/escolaridade	0,422*
Peso atual/ Salário	0,608*

Fonte: Laboratório de Psicologia Experimental IPUFU.

Quanto o fator idade temos as seguintes correlações: a) quanto menor a idade maior o IMC dos participantes e vice versa; b) quanto menor a idade de início de obesidade, maior o IMC dos participantes; c) quanto menor a idade, maior o peso atual dos participantes e vice versa. (Tabela 3).

Quanto ao fator escolaridade encontrou-se as seguintes correlações: a) quanto maior o IMC maior a escolaridade dos participantes; b) quanto maior o peso atual maior a escolaridade dos participantes (Tabela 3).

Finalmente quanto ao fator salário temos que: a) quanto maior o salário, menor o IMC dos participantes e vice-versa; b) quanto maior o peso atual menor o salário dos participantes e vice-versa (Tabela 3).

Com relação as correlações observadas na Tabela 4 destacam-se as correlações significativas, com $p < 0,005$ de moderadas a fracas: Com relação ao modo criança zangado/IMC ($\rho = 0,694141064$) quanto maior o IMC maior a possibilidade de experimentar sentimentos de raiva e vice versa; com relação a correlação encontrada entre modo criança

impulsivo/IMC ($\rho = 0,584443737$) temos que quanto maior o IMC , maior a dificuldade de controlar impulsos e vice-versa; na correlação entre modo criança indisciplinada/IMC ($p=0,779795543$) quanto maior o IMC , maior a a chance de surgirem comportamentos mimados e vice versa; a correlação encontrada entre modo criança enfurecida/IMC ($p=0,595995373$) quanto maior o IMC maior experiências de fúria. Destacam-se ainda as correlações significativas, porém fraca, entre modo protetor auto- aliviador/IMC ($p=0,45535601$) indicando que quanto maior o IMC maior a tendência a se desligar buscando atividades que são prazerosas, por exemplo comer. Finalmente a correlação significativa, $p < 0,005$, fraca, entre modo pai punitivo e IMC indica que quanto maior o IMC, maior a intolerância consigo e com os próprios comportamentos.

Tabela 4

Correlações entre IMC e Sub-escalas do SMI. Os itens com () foram significativos com $p < 0,005$.*

Sub-escala do SMI/IMC	Correlação
Criança vulnerável/IMC	0,360157181
Criança zangado/IMC	0,694141064
Criança impulsivo/IMC	0,584443737*
Criança indisciplinada/IMC	0,779795543*
Criança enfurecida/IMC	0,595995373*
Criança feliz/IMC	-0,251926497
Capitulador complacente/IMC	0,287253789
Protetor Desligado/IMC	-0,239531645
Protetor auto-aliviador/IMC	0,45535601*
Auto engrandecedor/IMC	-0,037113182
Provocativo e de ataque/IMC	-0,2184387
Pai Punitivo/IMC	0,339561384*
Pai exigente/IMC	0,10367749
Adulto saudável/IMC	-0,063402221

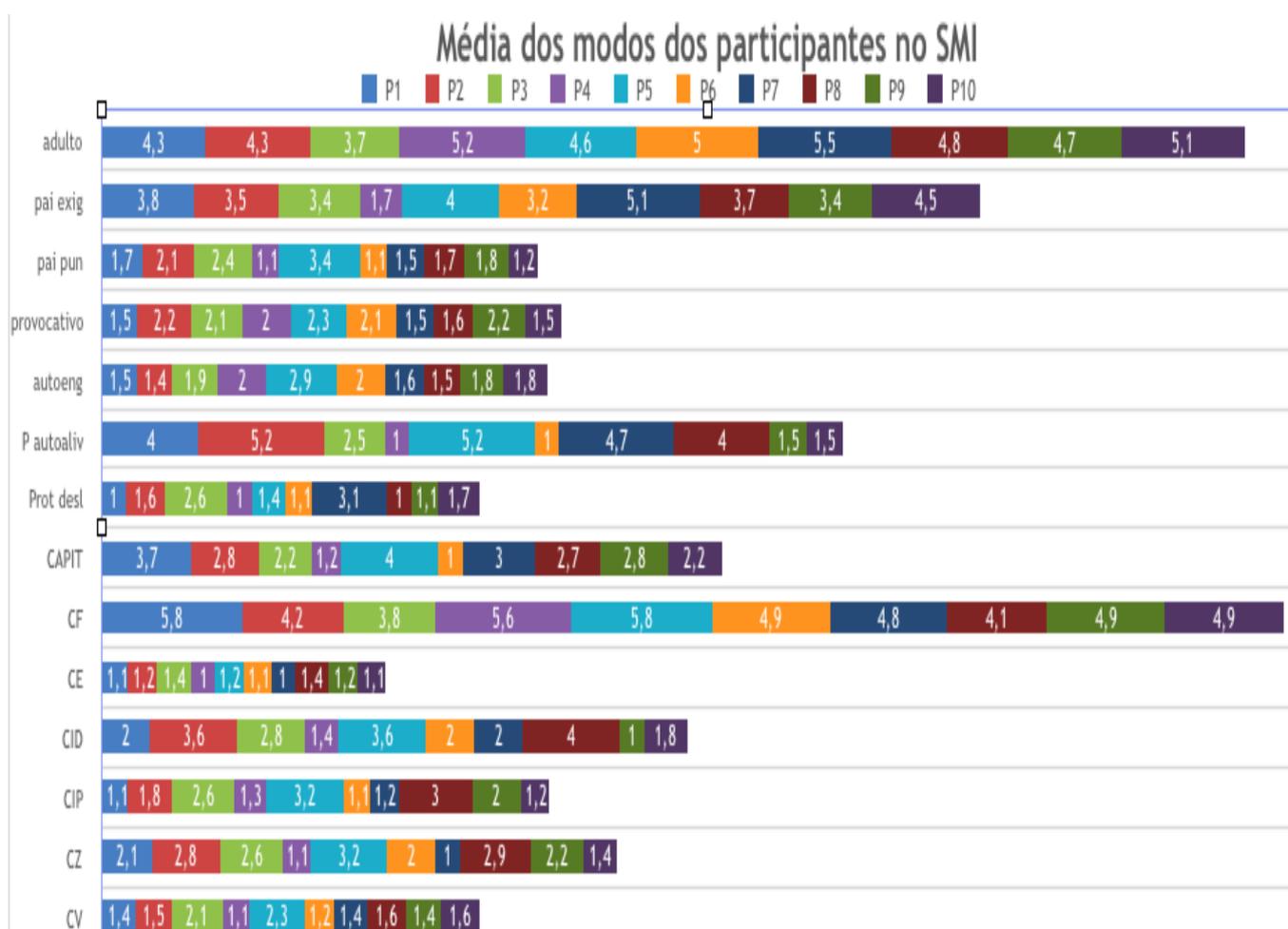
Fonte: Laboratório de Psicologia Experimental IPUFU.

Análise das subescalas do SMI (médias dos participantes)

Na Figura 4 podemos observar as médias dos 10 participantes em cada uma das subescalas que formam o SMI. Destacam-se os seguintes modos com as maiores médias observadas: criança feliz, adulto saudável, protetor autoaliviador, e pai/mãe exigente.

Figura 4

Gráfico comparativo dos modos de esquemas dos 10 participantes



Nota: **CV**= criança vulnerável; **CZ**= criança zangada; **CIP**- criança impulsiva; **CE**= Criança enraivecida; **CF**= criança Feliz; **CAPIT**= capitulador complacente; **Prot desl**= protetor desligado; **P autoaliv**= Protetor autoaliviador; **autoeng**= protetor autoengrandecedor; **provocativo**= provocativo ou de ataque; **pai pun**= pai punitivo; **pai exig**= pai exigente; adulto.

Nas Tabelas 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13 e 14 apresentamos os itens do SMI que receberam notas 5 (quase sempre) e 6 (sempre) que, segundo Young, et al. (2008) devem sempre serem submetidos a uma análise qualitativa.

Tabela 5

Modo criança vulnerável com pontuação acima de 5

Item	Frase em português	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10
4	Sinto que sou basicamente inadequado, falho e defeituoso.	5	-	5	-	-	-	5	-	-	-
6	Me sinto perdido (a).	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-
101	Muitas vezes eu me sinto sozinho (a) no mundo.	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Tabela 6

Modo criança zangada com pontuação acima de 5

Item	Frase em português	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10
22	Se eu não brigar, eu vou ser abusado (a) ou ignorado (a).	-	6	-	-	-	-	-	-	-	-
40	Tenho raiva quando alguém tenta tirar a minha liberdade ou independência.	6	6	-	6	6	-	-	6	-	-
45	Sinto-me furioso (a) em relação às outras pessoas.	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-
47	Tenho muita raiva acumulada dentro de mim que preciso deixar sair.	-	-	-	5	-	-	-	-	-	-
59	Sinto raiva quando alguém me deixa sozinho (a) ou me abandona.	5	-	-	-	-	-	-	6	-	-
72	Sinto-me irritado (a) quando alguém diz como devo me sentir ou me comportar.	-	-	-	-	-	-	-	6	5	-
75	Eu sinto vontade de dizer as pessoas como eu me sinto pela forma como me tratam	6	-	5	6	-	-	-	5	-	-

105	Fui enganado (a) ou tratado (a) injustamente.	-	-	5	-	-	-	-	-	-	-
-----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Tabela 7*Modo criança impulsiva com pontuação acima de 5*

Item	Frase em português	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10
33	Sigo cegamente as minhas emoções.	6	-	-	6	-	-	-	6	-	-
62	Não sigo regras e me arrependo disso depois.	6	-	-	-	-	-	-	5	-	-
65	Ajo primeiro e penso depois.	-	-	-	-	-	-	-	5	-	-

Tabela 8*Modo criança indisciplinada com pontuação acima de 5*

Item	Frase em português	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10
13	Se eu não consigo alcançar um objetivo, eu facilmente fico frustrado (a) e desisto.	-	-	-	-	-	-	-	5	-	-
21	Eu não me disciplino para completar tarefas rotineiras ou chatas.	6	6	-	-	-	-	6	-	-	-
61	Não me obrigo a fazer coisas desprazerosas, mesmo sabendo que é para o meu próprio bem.	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-
66	Me chateio com facilidade e perco o interesse nas coisas.	-	-	-	5	-	-	6	-	-	-
103	Sou preguiçoso (a).	-	-	-	6	-	-	6	-	-	-

Tabela 9*Modo capitulador complacente com pontuação acima de 5*

Item	Frase em português	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10
8	Tento arduamente agradar as outras pessoas a fim de evitar conflitos, confrontos ou rejeições.	6	-	6	6	-	-	-	6	-	-
18	Eu mudo dependendo das pessoas com quem estou, de modo que gostarão mais de mim ou me aprovarão.	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-
52	Deixo que as pessoas ajam do seu jeito ao invés de expressar minhas necessidades.	-	-	5	-	-	-	5	-	-	-
96	Ajo de forma passiva, mesmo quando eu não gosto do modo como as coisas são.	5	-	6	6	-	-	6	5	5	6
104	Posso aturar qualquer coisa de pessoas que são importantes para mim.	5	-	6	-	-	-	6	-	5	-

Tabela 10*Modo protetor autoaliviador com pontuação acima de 5*

Item	Frase em português	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10
39	Trabalho ou pratico esportes intensamente para que eu não tenha que pensar sobre coisas perturbadoras.	5	-	-	5	-	-	-	-	-	-
49	Gosto de fazer algo excitante ou relaxante para evitar meus sentimentos (por exemplo, trabalhando, jogando, comendo, fazendo compras, praticando sexo, assistindo TV).	6	-	-	6	-	-	6	6	-	-
54	A fim de ser menos incomodado (a) pelos meus pensamentos ou sentimentos irritantes, certifico que estou sempre ocupado (a).	5	-	6	-	-	-	6	6	-	-

82	Quero me distrair dos pensamentos e sentimentos que me perturbam.	5	-	6	6	-	-	-	-	-	-
----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Tabela 11

Modo hipercompensador/autoengrandecedor com pontuação acima de 5

Item	Frase em português	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10
10	Ajo com o intuito de ser o centro das atenções.	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-
11	Fico irritado (a) quando as pessoas não fazem o que eu peço.	-	6	-	-	-	-	-	-	5	-
26	É importante para mim ser o (a) número um (por exemplo, o (a) mais popular, o (a) mais bem sucedido (a), mais rico (a), mais poderoso (a)).	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-
29	Eu não me contento em ser o segundo melhor em algo.	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-
77	Sou muito crítico com outras pessoas.			5			5				
87	Sou exigente com outras pessoas.	-	6	-	-	-	-	-	-	-	-
109	Sinto que eu não deveria ter que seguir as mesmas regras que as outras pessoas.	-	-	-	-	-	5	-	-	-	-

Tabela 12

Modo provocativo e/ou de ataque com pontuação acima de 5

Item	Frase em português	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10
1	Sou respeitado (a) quando não deixo as outras pessoas me controlarem.	6	6	6	5	5	6	6	-	-	6
23	Se você deixar que outras pessoas te zombem ou te intimidem você, você é um perdedor.	-	-	-	6	-	-	-	-	-	-

73	Se você não dominar as pessoas, elas vão dominar você.	-	-	-	-	-	-	-	5	-	-
89	Não sou vulnerável.		6	-	-	-	-	-	-	6	
95	Dominando outras pessoas, nada pode acontecer com você.	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Tabela 13

Modo pai/mãe punitivo com pontuação acima de 5

Item	Frase em português	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10
3	Nego momentos de prazer a mim mesmo (a), pois eu não mereço.	-	-	-	-	-	-	6	-	-	-
5	Tenho impulsos de me machucar como forma de punição. (Ex. me cortando).	6	-	-	-	-	-	-	5	-	-
9	Não consigo me perdoar.	-	-	-	-	5	-	-	-	6	-
16	É minha culpa quando algo ruim acontece.	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-
55	Sou uma pessoa ruim se eu ficar com raiva de outras pessoas.	6	-	-	6	-	-	-	-	-	-
80	Eu mereço ser punido (a).	-	-	6	-	-	-	-	-	-	-
112	Não mereço compaixão quando algo ruim acontece comigo.	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Tabela 14

Modo pai/mãe exigente com pontuação acima de 5

Item	Frase em português	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10
7	Sou exigente comigo mesmo (a).	6	6	-	-	-	-	6	6	-	6
43	Não me permito relaxar ou divertir até que eu tenha terminado tudo o que eu deveria fazer.	6	-	6	5	-	-	6	-	-	6

78	Estou sob pressão constante para alcançar e fazer as coisas.	-	-	-	-	5	-	-	6	-	5
79	Estou tentando não cometer erros, caso contrário eu vou ficar chateado (a) comigo mesmo (a).	-	6	6	5	5	-	6	6	5	5
86	Sacrifício prazer, saúde ou felicidade para atender meus próprios padrões.	5	-	-	-	-	-	6	-	-	-
100	Sei que há uma maneira "certa" e uma maneira "errada" de fazer as coisas; Eu me esforço para fazer as coisas da maneira certa, ou então eu começo a me criticar.	5	6	6	5	-	-	5	-	6	5
110	Estou me esforçando a ser mais responsável do que a maioria das outras pessoas.			6	5			6		5	

Dados da Entrevista

Nas Tabelas 15, 16, 17 e 18 resumimos os principais dados da entrevista realizada com os participantes, realizadas randomicamente antes ou após o preenchimento do SMI.

Na Tabela 15 podemos observar as principais respostas dos participantes quanto a primeira tentativa de perda de peso. Nota-se que a maioria tentou realizar dietas por conta própria, sem orientação médica ou de nutricionistas, com exceção dos participantes 2 e 8.

Tabela 15

Características da primeira dieta dos participantes

Participante	Primeira dieta e tentativa de perda de peso
P1	Herba life, chá verde, chá de limão e salsa
P2	Dieta com nutricionista devido a hipertensão.

- P3 Em 2011, sua prima o motivou a fazer dieta e a incentivá-lo a perder peso. Alimentação de baixa caloria e hidrogenástica. Perdeu 10 kg em um mês. 5 refeições, acompanhamento de nutricionista.
- P4 Aos 12 anos fez a dieta da sopa de repolho pois estava na moda
- P5 Caminhadas de manhã e dieta adotada por nutricionista da unidade básica de saúde.
- P6 Desde o início da obesidade há tentativas de perda de peso, dietas por conta própria.
- P7 Há 25 anos, caminhava de segunda a domingo, não havia dieta era mais exercício
- P8 Dieta com nutricionista.
- P9 Foi na adolescência, entre os 15 aos 18 anos, no qual evitava comer sal entre outras restrições diversas.
- P10 Aos 15 anos. Reeducação alimentar a partir de livretos. Também tomava chás para emagrecimento e fazia jejuns.

Fonte: Laboratório de Psicologia Experimental IPUFU.

Na Tabela 16 podemos notar que todos os participantes possuíam familiares em grau direto ou indireto de ascendência com problemas de obesidade indicando o aspecto genético envolvido na obesidade.

Tabela 16

Características da primeira dieta dos participantes

Participante	História de Obesidade Familiar. Quem na família é obeso?
P1	Irmãs e irmãos obesos.
P2	Avô tinha obesidade, mãe e irmã e sobrinhas também.
P3	Alguns parentes da família por parte de mãe são obesos

P4	Todos por parte do pai são obesos, da mãe quase todos, o seu pai não era mas a mãe sim, irmã obesa
P5	Adotada. Não há informações da família consanguínea
P6	Mãe obesa. Irmã era acima do peso, mas não era obesa. Filha da paciente é obesa.
P7	Todos por parte do pai são obesos, alguns casos na família da mãe, tio fez a bariátrica e prima também.
P8	Pai, mãe, irmã e tia são obesas.
P9	Apenas 2 sobrinhas são obesas, as quais já fizeram cirurgia bariátrica ambas sobrinhas.
P10	Há história de obesidade familiar, inclusive com óbitos. A mãe, tia, avô e os tios são obesos.

Fonte: Laboratório de Psicologia Experimental IPUFU.

Na Tabela 17 encontramos de forma sumariada como os pais e familiares lidavam com a obesidade e a comida de forma geral, destacam-se atitudes abertas ou encobertas (veladas) de crítica ao comportamento alimentar e a quantidade de comida do paciente, com exceção dos participantes P1 e P7. A atitude preocupada dos pais também destaca-se, nos relatos dos participantes P3, P8 e P9.

Tabela 17

Atitude dos pais e familiares em relação a obesidade e a comida

Participante	Atitude dos pais e familiares em relação a obesidade e a comida
P1	Sempre acolheram. Valorizavam os momentos de estarem juntos para comer, gostavam bastante.
P2	Atitude crítica, “Você ficará gordo! Pare de comer!” Eu falava com raiva para familiares pararem com tais atitudes.
P3	A mãe preocupava com a saúde a prima incentivava a fazer dieta.

P4	Pai tentava controlar o ganho de peso, mãe sempre gostou de fartura, mesa cheia.
P5	Mãe diz que paciente come demais, diz para fazer regimes e parar e de comer pão. Irmão colocou apelido de “gordinho”, mas ela não se ofende.
P6	Irmãos criticam bastante, chama de “gordinha”, ficava com raiva.
P7	Não era uma preocupação para os familiares.
P8	Familiares eram liberais em relação a comida, não proibiam. Entretanto se preocupavam.
P9	Familiares eram preocupados, davam algum apoio, entretanto havia crítica em relação a obesidade.
P10	A atitude era normal, não proibiam nada em relação a alimentação, criticavam falando “Você está gordo igual um porco”.

Fonte: Laboratório de psicologia experimental IPUFU

Na Tabela 18 resumimos os dados obtidos no que tange ao significado da obesidade do participante na própria vida e a visão que eles têm do significado de sua obesidade para os outros. Destaca-se no que tange a visão de si em relação a obesidade ideias ligadas a “um erro”, a algo que os atrapalha, a algo que se parece com um “estorvo” e que prejudica a saúde e a vida em geral, o medo da morte, os problemas de saúde, privações, cansaço, entre outros aspectos. Para os outros pode não significar nada, preocupação ou impossibilidade de fazer algo para ajudar.

Tabela 18

Significado da obesidade vida do participante e para as pessoas com quem convive

Participante	Significado da obesidade na sua vida? E para as pessoas com quem convive?
P1	Consequências dos hábitos alimentares e uma forma de aprender com o erro. Para quem convive com ele não significa nada

- P2 Significa transtorno, atrapalhamento. Para família significa preocupação com a saúde.
- P3 Estorvo. Andar com custo, problemas na coluna, não conseguir fazer nada. Lamentar perdas e capacidades físicas.
- P4 Mal do século, falta de saúde, e para as pessoas próximas também.
- P5 Significa tudo. Tira o prazer de realizar atividades cotidianas. Impossibilita de
brincar com as netas. Prejudica autoestima.
Causa sentimento de impotência. Mas também há desejo de superação.
- P6 Significado de tristeza. Roupas não servem, calçados. Autoestima baixa. Pessoas que convivem com ela não falam nada sobre a obesidade, não dão um significado.
- P7 Obesidade é morte. Incapacidade, dependência, problemas de saúde, preocupação para mim e os familiares.
- P8 Significa algo chato, atrapalha fazer as coisas que gosto de fazer, me deixa cansado e me faz sentir dores.
- P9 Significa prejuízo, doença, problemas, privações (como, por exemplo, de viajar). Para as pessoas com quem convivo, parece que não percebem a obesidade.
- P10 Significa divisão de águas. Para a família significa luta, algo cruel. Por 3 anos tive que usar cadeira de rodas devido a um tombo causado pelas complicações advindas da obesidade

Discussão

É reconhecido dentro da saúde pública que a obesidade é um sério problema que atinge a população mundial. As consequências do sobrepeso e obesidade são causas de cerca de 2,8 milhões de mortes por ano (Organização Mundial da Saúde, 2014). No Brasil, a obesidade cresceu 60% em dez anos e mais da metade dos brasileiros estão acima do peso recomendado, sendo a maioria destes adultos, aproximadamente 17% (Brasil, 2017). As análises das correlações obtidas nessa pesquisa ajudam a compreender a complexidade da obesidade e seu impacto deletério na qualidade de vida da pessoa obesa

Teixeira e Dias (2015) estudando o efeito da obesidade no salário, usando dados brasileiros oriundos da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) encontraram o aumento de uma unidade no IMC associado a um aumento de 4,7% no salário-hora entre homens e uma redução de 0,6% no salário-hora entre mulheres. Considerando que nossa amostra é mista, e preponderantemente feminina, é possível que as correlações negativas obtidas entre IMC /Peso atual e salário reflitam melhor a realidade das mulheres da amostra, indicando que o aumento no IMC das mulheres implicam em salários mais baixos.

Faisal-Cury e Zacchello (2007) encontraram, em seu estudo sobre osteoporose feminina, que quanto maior idade e o tempo de amenorréia, menor o IMC em mulheres com etnia branca e menarca tardia. Em nossa pesquisa, onde temos a prevalência de mulheres também encontramos correlações negativas entre IMC/peso atual e idade.

Diversamente dos dados encontrado por Carvalho Nobre, et al. (2012), em um estudo longitudinal sobre IMC, que conclui que quanto maior o IMC ao nascer, maior o IMC no adulto jovem, nossa amostra de pacientes pré- bariátricos indicou uma correlação negativa entre IMC/peso atual e idade de início da obesidade. Uma possibilidade explicativa para que o IMC da infância não tenha se mantido longitudinalmente é o fato de que o candidato para

cirurgia bariátrica ter que manter seu IMC em níveis adequados para a cirurgia nos dois anos anteriores à cirurgia. Isso pode ter levado a maioria dos participantes, candidatos à cirurgia bariátrica, a buscarem conservar ou diminuir seus IMCs com vistas a cirurgia futura.

As correlações positivas moderadas obtidas entre as subescalas do SMI e o IMC parecem indicar que o aumento na massa corporal está relacionado a modos mais primitivos e impulsivo, como os modos criança impulsiva, indisciplinada e furiosa, bem como a uma forma de enfrentamento das frustrações tipicamente ligado a busca compulsiva de fontes de prazer (modo protetor autoaliviador) e a uma forma de autocritica punitiva, que poderia sustentar-se pela dificuldade de manter ou diminuir a a massa corporal. De forma geral, esses dados correlacionais apontam para o papel do comportamento impulsivo e compulsivo como estados psíquicos que regulam ou desregulam a manutenção do peso e da massa corporal, pois quanto maior a impulsividade/compulsividade maior a massa corporal, nessa amostra. Por sua vez, quanto menor a impulsividade e compulsividade menor a massa corporal.

Para a discussão qualitativa dos dados relacionando as afirmativas do SMI com os dados da entrevista, optou-se por apresentar apenas os modos criança, pais críticos, e de enfrentamento, que foram mais ativados na amostra como um todo, à saber: modo criança indisciplinada, modo pai exigente, e modo de enfrentamento protetor autoaliviador

O modo criança indisciplinada foi ativado com maior índice na escala Likert (6), nos participantes 1, 2, e 7 na afirmativa 21 “*Eu não me disciplino para completar tarefas rotineiras ou chatas*”. Na entrevista com os participantes citados, quando perguntados sobre a atitude dos pais e familiares em relação à obesidade e a comida, foram obtidas respostas como, “Sempre acolheram. Valorizavam os momentos de estarem juntos para comer, gostavam bastante” (Participante 1); “Atitude crítica, você ficará gordo! Pare de comer! Eu respondia com raiva para familiares pararem com tais atitudes” (Participante 2); “Não era uma preocupação para os familiares” (Participante 7). As respostas correspondem, respectivamente a posturas de

reforçamento, crítica/punição, e falta de orientação/omissão por parte dos familiares à respeito do comportamento alimentar compulsivo dos participantes. Essas três formas de consequenciar tais comportamentos podem explicar as diferentes vias que ativam o modo criança indisciplinada. No modo criança indisciplinada, o indivíduo apresenta um desejo iminente de atendimento de necessidades não centrais que buscam satisfação de maneira descontrolada e egoísta. Com a ativação deste modo temos a dificuldade em controlar sentimentos e comportamentos quando os desejos não são atendidos. Geralmente a pessoa comporta-se como uma criança mimada e indisciplinada (Franzin, Rodriguez, Reis, 2019). É possível que as três formas de atitudes dos cuidadores frente ao comportamento alimentar dos participantes, quando eram crianças, tenham levado a ativação frequente do modo criança indisciplinada.

O modo mais ativado em todos os participantes foi o pai exigente com pontuação acima de (5) na Escala Likert indicados nos participantes 2, 3, 4, 5, 6,7 , 8, 9 e 10 na afirmação 79 “*Estou tentando não cometer erros, caso contrário eu vou ficar chateado (a) comigo mesmo (a)*” Quando perguntado aos participantes mencionados à respeito do significado da obesidade para eles e para os familiares, foram obtidas as seguintes respostas, “Significa transtorno, atrapalhamento. Para família significa preocupação com a saúde” (Participante 2); “Estorvo. Andar com custo, problemas na coluna, não conseguir fazer nada. Lamentar perdas e capacidades físicas” (Participante 3); “Mal do século, falta de saúde, e para as pessoas próximas também” (Participante 4); “Significa tudo. Tira o prazer de realizar atividades cotidianas. Impossibilita de brincar com as netas. Prejudica a autoestima” (Participante 5); “Obesidade é morte. Incapacidade, dependência, problemas de saúde, preocupação para mim e os familiares” (Participante 7); “Significa algo chato, atrapalha fazer as coisas que gosto de fazer, me deixa cansado e me faz sentir dores” (Participante 8); “Significa prejuízo, doença, problemas, privações (como, por exemplo, viajar). Para as pessoas com quem convivo, parece que não percebem a obesidade” (Participante 9); “Significa divisão de águas. Para a família significa

luta, algo cruel. Por 3 anos tive que usar cadeira de rodas devido a um tombo causado pelas complicações advindas da obesidade” (Participante 10). Estas respostas retratam o modo pai exigente internalizado em cada um dos participantes. Tais pensamentos sobre a obesidade e o significado disso nas vidas dos participantes pode ser o reflexo ou a ressonância das atitudes críticas dos pais, pares e cuidadores ao longo da vida. No modo pai exigente, existe o entendimento, por parte dos indivíduos, de que deve-se seguir regras, normas e valores rígidos. O perfeccionismo também é uma constante, acompanhado do sentimento de nunca ser bom o suficiente e de que poderia ter feito melhor, ou seja, o indivíduo acredita que deve ter um status elevado (Franzin, Rodriguez, Reis, 2019). É provável que este nível de cobrança e autoexigência, adquirido no contato com pais ou criadores tenha resultado na visão negativa e determinante que tem a obesidade e o impacto da mesma na vida dos participantes deste estudo.

Podemos perceber o modo protetor autoaliviador bastante ativo na amostra. Duas afirmativas do SMI, destacam-se nessa amostra, com pontuações acima de 5 para os participantes, tomados individualmente: “*Gosto de fazer algo excitante ou relaxante para evitar meus sentimentos (por exemplo, trabalhando, jogando, comendo, fazendo compras, praticando sexo, assistindo TV)*” (afirmativa 49) e “*A fim de ser menos incomodado (a) pelos meus pensamentos ou sentimentos irritantes, certifico que estou sempre ocupado (a).*” (afirmativa 54). Na entrevista é possível verificar, que os participantes 1, 7 e 8 alcançaram tal pontuação em ambas as alternativas, e quando foram questionados sobre o sentido da obesidade em suas vidas, afirmaram: “*Consequências dos hábitos alimentares e uma forma de aprender com o erro. Para quem convive com ele não significa nada*”(Participante 1); “*Obesidade é morte. Incapacidade, dependência, problemas de saúde, preocupação para mim e os familiares*” (Participante 7); “*Significa algo chato, atrapalha fazer as coisas que gosto de fazer, me deixa cansado e me faz sentir dores.*” (Participante 8). Pode-se supor que a forma de enfrentamento típica do modo protetor autoaliviador, matando a pessoa entretida e ocupada

com atividades, auxiliie esses participantes à suportarem o sentido frustrante que atribuem a obesidade. Segundo Franzin, Rodriguez, e Reis (2019) o modo protetor autoaliviador se expressa pela busca em distrair se para não sentir emoções negativas, por meio de comportamentos como dormir, jogar videogame, comer excessivamente, ou ficar na internet em excesso, ou no caso de adultos, usar substâncias ou trabalhar demais.

Sendo o SMI uma escala que reflete o estado emocional/psicológico da respondente momento a momento, notamos que os modos indicando pontuação mais altas foram os de criança feliz e adulto saudável. O modo criança feliz é manifestado quando se sente amado, satisfeito, protegido, compreendido e validado (Franzin, Reis, & Rodriguez 2019). O modo adulto saudável representa o sujeito que se sente capaz e forte, e modelado a partir de aspectos positivos dos cuidadores como proteção, validação, cuidado mas que estabelece limites (Franzin, Reis, & Rodriguez 2019). Nessa amostra os participantes (pacientes pré bariátricos) são submetidos a uma série de cuidados semanais dentro do ambulatório como acompanhamento psicológico, sessões com nutricionista, e consultas médicas. É possível que o ambulatório, como ambiente de testagem, tenha representado para os pacientes entrevistados um local acolhedor e esclarecedor. As pontuações altas nestes dois modos pode, portanto, ser fruto do respeito e do tratamento atencioso fornecidos pelo ambulatório e seu estafe, ativando modos saudáveis.

Conclusão

Este estudo destacou que os modos de esquemas mais ativados em paciêntes pré bariátricos são, criança feliz e adulto saudável. Considerando que a aplicação do SMI e a realização das entrevistas com os participantes foram feitas logo após o acolhimento realizado pela psicóloga e, especialmente, que o SMI reflete tanto os modos mais comumente ativado na história biográfica do respondente, mas também o modo ativo momento a momento e,

portanto, imediatamente anterior ao momento da aplicação, é de se supor que o ambiente e o acompanhamento realizado pela equipe multiprofissional do ambulatório tenha, por si só, surtido nos pacientes uma percepção e sensação de segurança e acolhimento que justifique a ativação dos modos saudáveis, destacando a importância de trabalhos multidisciplinares na promoção da saúde integral desses pacientes.. Entretanto, foi possível identificar outros modos ativados e prejudiciais ao bem-estar destes indivíduos, que provavelmente refletem os modos desadaptados mais comumente ativados, fora do contexto de acolhimento do ambiente ambulatorial multidisciplinar.

O modo ativado mais prejudicial para a saúde mental dos pacientes pré bariátricos identificado na pesquisa foi, o modo pai/mãe exigente. Esse modo é responsável por criar expectativas de padrões excessivamente elevados de comportamentos e de percepção de si mesmo ou de outros. Quando ativado, a pessoa sente-se pressionada a realizar qualquer tarefa com alto nível de exigência, ou cumprir expectativas exageradas, mantendo um estado de estresse, cobrança, e autoexigência altamente nocivo, marcado por autocrítica desadaptativa. É possível supor que a procrastinação de tarefas envolvendo exercício físicos, dietas, entre outras demandas, ou a não adesão adequada ao tratamento indicado para essa fase que antecede a cirurgia bariátrica, possa relacionar-se ao grau de autoexigência, típica dos modos críticos internalizados, identificado nessa amostra.

Apesar dos dados da pesquisa apontarem de forma conjunta para a necessidade de intervir na ativação de modos críticos nesses pacientes, como forma de promover saúde mental, qualidade de vida e adesão ao tratamento, é importante destacar que o tamanho da amostra é um limite à generalização dos dados, portanto, sugere-se que novos estudos com amostras maiores sejam realizados de forma a permitir generalizar os dados obtidos nessa pesquisa.

Referências

- Brasil. (2017). *Vigitel Brasil 2016 Saúde Suplementar: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Recuperado de <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/02/vigitel-brasil-2016.pdf>
- Caetano, C.; Carvalho, A. M. P.; Galindo, E. M. C. (2005). Obesidade e aspectos psicológicos: maturidade emocional, auto-conceito, locus de controle e ansiedade. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18(1), pp. 39-46
- Callegaro, M. M. (2005). A neurobiologia da terapia do esquema e o processamento inconsciente. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 1(1), 09-20.
- Carvalho Nobre, G., Barbosa Filho, J. V., Ribeiro Bandeira, P. F., Santos, A. V. D., & Sales Nobre, F. S. (2012, March). Índices de Estatura para Idade e IMC para Idade em escolares de um município do Nordeste Brasileiro. In *VII CONNEPI-Congresso Norte Nordeste de Pesquisa e Inovação*.
- Cazassa M., J., & Oliveira M., S. (2008). Terapia focada em esquemas: conceituação e pesquisas. *Rev Psiq Clín.* 2008;35(5):187-95.
- Faisal-Cury, A., & Zacchello, K. P. (2007). Osteoporose: prevalência e fatores de risco em mulheres de clínica privada maiores de 49 anos de idade. *Acta Ortopédica Brasileira*, 15, 146-150.
- Fereidouni, F., Atef-Vahid, M. K., Lavasani, F. F., Orak, R. J., Klonsky, E. D., & Pazooki, A. (2015). Are Iranian obese women candidate for bariatric surgery different cognitively, emotionally and behaviorally from their normal weight counterparts? *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 20(3), 397-403.

- Franzin, R., Rodriguez, R., & A Reis, A. H. (2019). Modelo Teórico Atualizado da Terapia do Esquema. In Reis, A. H. (Eds.), *Terapia do esquema com crianças e adolescentes: do modelo teórico à prática clínica* (pp. 21-52). Campo Grande: Episteme, 2019.
- Imperator, C., Innamorati, M., Lester, D., Continisio, M., Balsamo, M., Saggino, A., & Fabricatore, M. (2017). The association between food addiction and early maladaptive schemas in overweight and obese women: A preliminary investigation. *Nutrients*, 9, 1-10.
- Jacob, G., van Genderen, H., & Seebauer, L. (2011). *Andere Wege gehen*. Weinheim: Beltz.
- Lobbestael, J. Van Vreeswijk, F. V., Spinhoven, P., Schouten, E., & Arntz, A. (2010). Reliability and Validity of the Short Schema Mode Inventory (SMI). *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 38, 437-458
<https://doi.org/10.1017/S1352465810000226>
- Lopes, R. F. F. (2015). Terapia do Esquema em Grupo com crianças e adolescentes. In C. B. Neufeld (Org.), *Terapia Cognitivo-Comportamental em grupo para crianças e adolescentes* (pp.102-128). Porto Alegre: Artmed.
- Luz, F. Q., Sainsbury, A., Hay, P., Roekenes, J. A., Swinbourne, J., Silva, D. C., & Oliveira, M. S. (2017). Early maladaptive schemas and cognitive distortions in adults with morbid obesity: Relationships with mental health status. *Behavioral Sciences*, 7(10), 1-11. doi: 10.3390/bs7010010.
- Organização Mundial de Saúde (OMS) 2011. Obesidade e sobrepeso. Março 2011(atualizado). Ficha 311. Disponível em: <www.who.int/mediacentre/factsets/fs311/en/>. Acesso em: 14 mai. 2012.
- Ramos, A. C. (2016). Cirurgia bariátrica: a situação atual do Brasil. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica.

- Teixeira, A. D., & Diaz, M. D. M. (2015). *Evidências brasileiras sobre o impacto da Obesidade no Salário*. FEA/USP.
- Voderholzer U., Schwartz C., Thiel N., Kuelz A. K., Hartmann A., Scheidt C. E., ... Zeeck, A. (2013). A Comparison of Schemas, Schema Modes and Childhood Traumas in Obsessive-Compulsive Disorder, Chronic Pain Disorder and Eating Disorders. *Psychopathology*. doi: 10.1159/000348484.
- World Health Organization. (2014). Obesity and overweight. Fact Sheets. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>
- Xavier, G.S.; Silva, A. L. M.; Mendes, A. I. F.; Neufeld, C. B. (2010). Alterações na satisfação da imagem corporal a partir da intervenção cognitivo-comportamental em um programa de reeducação alimentar multidisciplinar. LAPIC – Fac. Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da USP, Ribeirão Preto, SP
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2008). *Terapia do Esquema*. Porto Alegre: Artmed.